

bloed. Aangenomen, dat hij deze positieve reactie als een bewijs van het bestaan van een syfilitische infectie beschouwt, zal hij dan onmiddellijk „een positieve reactie behandelen” of zal hij, zoals nodig is, een nauwkeurige anamnese opnemen over vroegere ziekten, antiluetische behandeling, uitslagen van vroeger bloedonderzoek en zal hij fysisch onderzoek en onderzoek van de liquor verrichten? Zal hij pogen latente syfilis in vroeg-latente en laat-latente te differentiëren? Zal hij verder bij vroeg-latente syfilis zijn verantwoordelijkheid voor het onderzoek van contactpersonen beseffen? Hij behoort te weten, dat een vierde van de patiënten met onbehandelde syfilis een secundair, infectieus recidief krijgen binnen de eerste vijf jaar, en dat dergelijke gevaren zelfs bestaan bij behandelde syfilis.

Slechts een minderheid van de artsen geeft gevallen van vroege syfilis aan. Volgens aanvaardbare schattingen zou het aantal gevallen van infectieuze syfilis in de Verenigde Staten jaarlijks 60.000 bedragen. Over een periode van vijf jaar werden echter slechts 6500 jaarlijks aangegeven, zodat elk jaar meer dan 50.000 gevallen niet werden herkend, of voor de administratie werden verzwegen. BROWN en medewerkers (1959) legden de nadruk op de tekortkomingen van de arts in de particuliere praktijk bij het controleren van contactpersonen. Zij vonden, dat in de jaren 1954-1958 86 pct van 19.251 patiënten met infectieuze syfilis, die aangegeven waren door poliklinieken en ziekenhuizen, werden ondervraagd om contactpersonen op te sporen. In dezelfde periode werd van 14.428 gevallen, die aangegeven waren door artsen uit de particuliere praktijk, slechts 2400 patiënten (17 pct) ondervraagd, waarbij 8000 contactpersonen werden opgespoord. Hieruit kan men afleiden dat bij de 12.000 patiënten bij wie niet getracht werd contactpersonen op te sporen, 40.000 contactpersonen betrokken zijn, van wie men op grond van de nationale gegevens kan aannemen dat er meer dan 2000 gevallen van infectieuze syfilis, 1.600 gevallen van vroeg-latente syfilis en 500 gevallen van andere syfilis onder zouden zijn gevonden.

Als verontschuldiging van de arts over de insufficiëntie of zelfs het achterwege blijven van het onderzoek naar contactpersonen worden gebrek aan tijd en ethische overwegingen aangevoerd. Tevens is hierbij van betekenis de verbazingwekkende aarzeling van de arts om seksuele moeilijkheden, vooral bij vrouwelijke patiënten, te bespreken. Dit geldt nog sterker voor het opnemen van een anamnese bij homoseksuelen en in gevallen van zg. „onnatuurlijke” seksuele praktijken, welke bv. belangrijk zijn voor de toename van syfilis bij teenagers. Volgens het reeds genoemde editorial bedroeg tussen 1956 en 1960 bij teenagers de toename van infectieuze syfilis meer dan 130 pct. KAMPMEIER pleit zowel in het belang van een goede nacontrole als van het opsporen van contactpersonen voor inschakeling van een „trained interviewer”, die zonder de relatie arts-patiënt te verbreken, een belangrijke steun bij deze twee taken kan vormen. Verder behoort de opleiding van de studenten in de venereologie te worden herzien; indien bv. aan een universiteitskliniek de opleiding door gebrek aan patiënten niet toereikend is, moet de mogelijkheid van een stage bij een niet-universitaire polikliniek voor geslachtsziekten overwogen worden.

*Literatuur:* BROWN, W. J., T. F. SELLERS en E. W. THOMAS (1959) *J. Amer. med. Ass.* **171**, 389. — Editorial (1963) *J. Amer. med. Ass.* **183**, 1104. — KAMPMEIER, R. H. (1963) *J. Amer. med. Ass.* **183**, 1094.

W. G. VAN KETEL

## INGEZONDEN

(Buiten verantwoordelijkheid van de Redactie; deze behoudt zich het recht voor, de stukken te bekorten)

### LONGKANKER

De recente publikatie van het Centraal Bureau voor de Statistiek over de toename van de mortaliteit aan longkanker in Nederland heeft veel stof doen opwaaien. Stof dat zich blijkbaar vooral richt tegen de gebruikers van tabak. Het zij verre van mij, de waarde van statistieken op dit terrein te trachten te kleineren, maar er zijn bij mij bij het lezen van deze publikatie wel enige vragen gerezen omdat ik het gevoel heb dat deze sterftecijfers onvoldoende wetenschappelijke waarde bezitten voor en in de strijd tegen het roken. Zijn bv. de levensgewoonten en levensloop van al deze aan longkanker overleden personen zodanig nauwkeurig bekend dat bij statistische bewerking op significante wijze is gebleken dat de overledenen meer kans hebben gehad door de noxe tabak dan door het contact met andere carcinogene noxen (waarvan er wel eens meer aanwezig zouden kunnen zijn dan wij thans weten — bv. in het gebied van de Nieuwe Waterweg) dan wel het eten van bv. aardbeien te zijn aangetast?

Ik acht het onwetenschappelijk en dus ontoelaatbaar, de gepubliceerde cijfers zo zonder meer voor enig karretje te spannen. Enige tijd geleden dachten wij „statistisch” ook te weten waardoor de „Planta-ziekte” was ontstaan. Een mede op grond daarvan aangespannen proces zal ons waarschijnlijk binnenkort over de waarde van statistische zekerheid bij ziekte-oorzaken nader informeren.

Schiedam, 22 juli 1963

G. H. JONKERS

### COMPLICATIES VAN POKKEN-VACCINATIE

Collega MAY vraagt in zijn ingezonden mededeling in het tijdschrift van 20 juli jl. of het niet dienstig zou zijn dat de Hoofdinspectie van de Volksgezondheid nieuwe richtlijnen aan de huisartsen verstrekt inzake het tijdstip van de vaccinatie tegen pokken.

De complicaties die zich na pokkenvaccinatie voordoen, vormen reeds sedert decennia onderwerp van zorg en studie. De Nederlandse ervaringen wijzen erop dat een volstrekte veiligheid van inenting tegen pokken op geen enkele leeftijd gegarandeerd kan worden. Een recent onderzoek van de Gezondheidsraad heeft bevestigd, dat ook in de door de Staatscommissie van 1939 als betrekkelijk veilig aangewezen leeftijd onder het jaar complicaties met dodelijke afloop niet zeldzaam zijn. Het afwegen van risico's bij vaccinatie is geen eenvoudige zaak, vooral daar bij het opvolgen van richtlijnen over enting in een bepaalde levensmaand er veelal geen voldoende gegevens beschikbaar zijn over de risico's van entingen in andere perioden van het eerste levensjaar.

Collega MAY kan zich er van overtuigd houden dat van de zijde van de Geneeskundige Hoofdinspectie nieuwe richtlijnen zullen uitgaan, zodra de inzichten over de verdeling der risico's een vastere vorm hebben gekregen.

*Literatuur:* MAY, K. (1963) *Ned. T. Geneesk.* **107**, 1327.

's-Gravenhage, 17 juli 1963

C. R. N. F. VAN JOOST,  
plv. Geneesk. Hoofdinsp.  
Volksgezondheid